

интервалом 3–4 нед по схеме: паклитаксел 175 мг/м², карбоплатин – АUC-6 и оперативное вмешательство. Вторая группа – больные, которым на первом этапе комбинированного лечения проводится 2 курса неoadъювантной химиотерапии по схеме: паклитаксел 175 мг/м², карбоплатин – АUC-6, с последующей лучевой терапией в режиме мультифракционирования дозы по 1,3 Гр 2 раза в день. При достижении СОД=40 изоГр проводится оценка эффекта. Больным с регрессией опухоли более 75 % продолжается лучевая терапия до СОД=65 изоГр. Больным, у которых регрессия составила менее 75 %, выполняется хирургическое вмешательство.

Результаты. В первую группу вошло 3 пациента, у которых после 2 курсов химиотерапии была зарегистрирована частичная регрессия, через 7–10 дней выполнена операция. Вторую группу составили 12 пациентов. У 4 пациентов отмечалась частичная регрессия после двух курсов химиотерапии и лучевой терапии в режиме мультифракционирования дозы по 1,3 Гр 2 раза в день, СОД=40 изоГр, и вторым этапом им было выполнено хирургическое лечение.

У 8 пациентов операция не выполнялась, так как была получена полная регрессия после 2 курсов химиотерапии и курса лучевой терапии СОД=65 изоГр. Ни на одном из 30 проведенных циклов химиотерапии не отмечено лейкопении, нейтропении, анемии и тромбоцитопении. Следовательно, проведение химиотерапии в указанном режиме не сопровождается гематологической токсичностью. Гастроинтестинальной токсичности не было отмечено (лечение проводилось на фоне антиэметиков). Основным видом токсичности была неврологическая: у 10 из 15 пациентов отмечалась нейросенсорная нейропатия I–II степени, но развития неврологических осложнений III–IV степени не отмечалось.

Выводы. Рекомендованный режим неoadъювантной химиотерапии, в сочетании с лучевой терапией в режиме мультифракционирования дозы и оперативным вмешательством, является высокоэффективным методом лечения, удовлетворительно переносится пациентами. Проведение химиолучевой терапии не приводит к увеличению числа послеоперационных осложнений.

ДИСТАНЦИОННАЯ ГАММА-ТЕРАПИЯ НА ЭТАПАХ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОТДЕЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

Ю.Н. Струков, М.Н. Нечитайло

ГУ «НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН», г. Томск

Актуальность. В условиях НИИ онкологии г. Томска за период с 1990 по 2005 г. проведено более 800 сеансов интраоперационной лучевой терапии (ИОЛТ) быстрыми электронами 6 МэВ на «ложе» удаленной опухоли с ДГТ в послеоперационном периоде. Однако многие вопросы при использовании ИОЛТ и ДГТ в комбинированном лечении местно-распространенных форм злокачественных новообразований остаются нерешенными. Недостаточно изучена проблема необходимого облучаемого объема тканей при ИОЛТ и ДГТ, соотношения вклада изотактивных доз в курсовую дозу смешан-

ного облучения. Не разработаны оптимальные режимы фракционирования дозы ДГТ и этапность их применения его в сочетании с ИОЛТ.

Цель исследования. Улучшение результатов комбинированного лечения с ИОЛТ злокачественных новообразований отдельных локализаций путём усовершенствования схем и режимов дистанционной гамма-терапии.

Материал и методы. Клиническое наблюдение включало 191 больного с местно-распространенными формами сарком мягких тканей, злокачественными новообразованиями полости носа и околоносовых пазух III–IV стадий, тела

матки Ib–IIa стадии, раком молочной железы $T_{1-2}N_0M_0$ – $T_{1-2}N_{0-2}M_0$ стадии, которым в плане комбинированного лечения с ИОЛТ проводилась ДГТ в пред- или послеоперационном периоде. Преоперационная ДГТ проводилась 47 больным с опухолями полости носа и околоносовых пазух и 10 пациентам с саркомами мягких тканей в режиме среднего фракционирования дозы РОД 3,0 Гр, 5 раз в нед, 10–12 фракций за курс, СОД 38–46 Гр (медиана 44 изоГр), с последующей операцией и ИОЛТ в однократной дозе 10–15 Гр. Курсовая СОД смешанного облучения составила 60–65 изоГр. Послеоперационная ДГТ проводилась 44 больным раком тела матки Ia–IIb стадий, 40 больным раком молочной железы, 50 больным саркомами мягких тканей. На первом этапе комбинированного лечения всем больным проводилось оперативное вмешательство с ИОЛТ в однократной дозе 10–20 Гр. Послеоперационная ДГТ осуществлялась в режиме классического фракционирования дозы: РОД 2,0 Гр, 5 раз в нед. При раке тела матки и молочной железы суммарная очаговая доза ДГТ составляла 44–48 Гр, величина курсовой дозы смешанного облучения в зоне ИОЛТ и ДГТ рав-

нялась 60 изоГр (100 усл.ед ВДФ). При саркомах мягких тканей СОД гамма-терапии варьировала от 20 до 60 Гр (медиана 34 Гр), курсовая доза смешанного облучения в очаге составляла в пределах 60–90 Гр по изоэффекту.

Результаты. Величина суммарной очаговой дозы ДГТ при комбинированном лечении с ИОЛТ злокачественных новообразований составляет от 66 % до 80 % курсовой дозы, что является основным вкладом в программу смешанного облучения при воздействии на область очага-мишени. Площадь облучаемого объема тканей от ДГТ превышает площадь облучения мишени при ИОЛТ на 20–50 %, что позволяет охватить зоны предполагаемой опухолевой инвазии.

Выводы. Эффективность комбинированного лечения с ИОЛТ и ДГТ злокачественных новообразований различных локализаций зависит от этапности применения дистанционной гамма-терапии, режима фракционирования дозы и соотношения вклада суммарных очаговых доз ДГТ и ИОЛТ в курсовую дозу смешанного облучения.

ХРОМОЭНДОСКОПИЯ В ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА ЖЕЛУДКА И ПИЩЕВОДА

И.Ю. Суровцев, В.Н. Королев

Областной онкологический диспансер, Уральская клиническая база ФГС «Российский научный центр рентгенорадиологии Росздрава», Южно-Уральский научный центр РАМН, г. Челябинск

Применение в эндоскопии витальных красителей обусловлено необходимостью получения дополнительной информации о ранних функциональных и морфологических изменениях при опухолевых и воспалительных заболеваниях органов пищеварительного тракта. В настоящее время в качестве витальных красителей применяются: раствор йода (раствор Люголя), индигокармин, метиленовый синий, конго красный и нейтральный красный. При эзофагоскопии для оценки распространенности опухолевого процесса применяют растворы Люголя и метиленового синего. Водный раствор йода стали применять при эзофагоскопии для уточняющей

диагностики воспалительных и опухолевых заболеваний пищевода. Приоритет принадлежит R. Voegeli (1966), который впервые применил методику хромоэзофагоскопии с водным раствором йода. Нормальный эпителий пищевода окрашивается в коричневый цвет, поверхность его становится шелковистой, а участки воспаления, лейкоплакии и злокачественные поражения слизистой оболочки пищевода и желудок не окрашиваются. A. Mandard et al. (1980) установили, что участки слизистой оболочки пищевода, пораженные «Ca in situ», при дисплазиях тяжелой степени и в зоне пептического эзофагита, при хромоэзофагоскопии с раствором Люголя